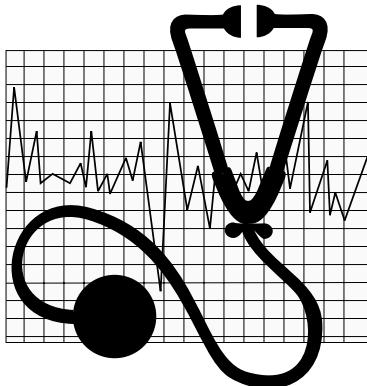


## TRỢ CẤP Y TẾ CHUYỂN TIẾP

---

### MEDI-CAL CHO NGƯỜI ĐI LÀM



### GIA ĐÌNH QUÝ VỊ CÓ THẺ NHẬN ĐƯỢC SỰ SĂN SÓC Y TẾ MIỄN PHÍ!

**Transitional Medi-Cal** viết tắt là TMC (trợ cấp y tế chuyển tiếp) được cấp cho các gia đình nào ở California hiện không còn hội đủ điều kiện hưởng trợ cấp tiền mặt của CALWORKs (chương trình của California tạo cơ hội về việc làm và trách nhiệm đối với con em) hoặc Medi-Cal (trợ cấp y tế của California) cấp cho những gia đình có thu nhập do đi làm nhưng lợi tức thấp. Tất cả thành viên trong gia đình có thể vẫn được hưởng Medi-Cal miễn phí lên tới 12 tháng. Những người thành niên có thể được hưởng lên tới 24 tháng.

### NHỮNG SỰ KIỆN QUAN TRỌNG VỀ TRỢ CẤP TMC VÀ CÁC LOẠI BẢO HIỂM SỨC KHỎE KHÁC

Nếu quý vị vừa mới có một việc làm hoặc vừa mới khởi sự nhận được thêm tiền do việc làm của quý vị, nhưng trợ cấp tiền mặt hay trợ cấp y tế Medi-Cal của quý vị đã bị ngưng vì một vài lý do khác, xin hãy nhớ báo cho chúng tôi biết. Để báo cho nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị biết về việc làm hay về sự được tăng lương hoặc việc hành nghề tự do cá thể và xin hưởng trợ cấp y tế chuyển tiếp TMC, hãy điền mẫu in ở mặt sau của văn bản này và gửi hoàn cho Ty Xã Hội Hạt của quý vị.

#### **Để được hưởng trợ cấp y tế chuyển tiếp TMC cho 6 tháng đầu, quý vị cần phải:**

- đã có hưởng trợ cấp tiền mặt của chương trình CalWORKs hoặc trợ cấp Medi-Cal cấp cho gia đình có lợi tức thấp, và
- có một đứa con sinh sống ở trong nhà.

#### **Để được hưởng trợ cấp y tế chuyển tiếp TMC cho những tháng còn lại, quý vị cần phải:**

- tiếp tục đi làm, và
- có được khoản thu nhập ở dưới một mức nhất định nào đó, và
- báo cáo các số tiền thu nhập hàng quý (tam cá nguyệt).

Sau năm hưởng trợ cấp y tế TMC đầu tiên, những người cha/mẹ có đi làm có thể được hưởng thêm 12 tháng nữa, tổng cộng là 24 tháng, và con em của họ có thể được hưởng sự bảo hiểm qua chương trình Medi-Cal hay chương trình Healthy Families (chương trình giúp duy trì sự khoẻ mạnh cho gia đình).

### **TRỢ CẤP MEDI-CAL TRIỂN HẠN DÀNH CHO CÁC GIA ĐÌNH CÓ NHẬN TIỀN CẤP DƯỠNG CHO CON**

Thời gian triển hạn cho thụ hưởng trợ cấp Medi-Cal thêm 4 tháng có thể được cấp cho các gia đình bị mất trợ cấp tiền mặt của CalWORKs hoặc Medi-Cal dành cho các gia đình có lợi tức thấp bởi vì những khoản tiền cấp dưỡng cho con hay cho người phổi ngẫu của họ đã tăng lên. **Nếu quý vị muốn hưởng trợ cấp Medi-Cal, chúng tôi cần phải biết về những sự thay đổi này. Xin điền đầy đủ vào mặt sau của mẫu này.**

## ĐƠN XIN TRIỂN HẠN HAY XIN HƯỞNG TRỢ CẤP MEDI-CAL CHUYỂN TIẾP

Có phải trợ cấp Medi-Cal hay trợ cấp tiền mặt của quý vị trong chương trình CalWORKs đã bị ngưng và:

- Có phải quý vị có những khoản tiền thu nhập từ một việc làm, một hoạt động kinh doanh/nghiệp vụ do quý vị khởi sự (mở hay lập ra), hoặc từ một sự tăng lương không? .....  CÓ  KHÔNG
- Có phải quý vị đã bắt đầu nhận được các khoản tiền trả về cấp dưỡng cho con/người phổi ngẫu hoặc các khoản tiền được trả đó đã tăng lên không? .....  CÓ  KHÔNG

Nếu quý vị trả lời “CÓ” đối với bất kỳ một câu hỏi nào trong số những câu hỏi này, quý vị và các thành viên khác trong gia đình có thể vẫn sẽ hội đủ điều kiện để hưởng trợ cấp Medi-Cal. Xin điền vào mẫu này và dính kèm các cuống phiếu lương hay bằng chứng/chứng từ khác về các khoản thu nhập. Nếu quý vị hành nghề tự do cá thể, hãy liệt kê các phí tổn nghiệp vụ ra một tờ giấy rời và dính kèm bằng chứng/chứng từ về lợi tức và các phí tổn.

Gửi hoàn mẫu đơn xin này cho:

Nếu dữ kiện quý vị khai nộp cho chúng tôi đầy đủ và chúng tôi có thể xác định được qua hồ sơ lưu của quý vị là quý vị hội đủ điều kiện, chúng tôi sẽ chuyển quý vị và những thành viên hội đủ điều kiện trong gia đình quý vị vào một chương trình trợ cấp y tế triển hạn, chẳng hạn như chương trình trợ cấp y tế chuyển tiếp. Nếu chúng tôi cần quý vị cung cấp thêm dữ kiện, chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị.

**Tôi khai xin chịu trách nhiệm về tôi man khai rằng các dữ kiện tôi kê khai là sự thật và chính xác.**

TÊN HỌ	SỐ AN SINH XÃ HỘI	
CHỮ KÝ	SỐ ĐIỆN THOẠI (        )	NGÀY
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	SỐ KHU VỰC BƯU ĐIỆN
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI CHỨNG, THÔNG DỊCH VIÊN, HOẶC NGƯỜI PHỤ ĐIỀN ĐƠN	SỐ ĐIỆN THOẠI (        )	NGÀY